

CASIG-SR-fr © (Lecomte, Wallace et al.)

Traduction française de la version client du *Client Assessment of Strengths, Interests and Goals*, (version canadienne)

Intervieweur: _____ Date: ___/___/___ Nom ou n° du client _____

BUTS DU CLIENT- LOGEMENT ET CONDITIONS DE VIE

Aimeriez-vous modifier votre lieu de résidence d'ici un an? (oui ou non) _____ Si oui: Où souhaiteriez-vous résider et dans quel environnement aimeriez-vous vivre dans un an? _____

Que possédez-vous actuellement (p. ex., habilités expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)? _____

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

BUTS DU CLIENT- SITUATION FINANCIÈRE/PROFESSIONNELLE (TRAVAIL)

Aimeriez-vous améliorer votre situation financière d'ici un an? (oui ou non) _____ Si oui: Comment pourriez-vous l'améliorer? _____

Si non mentionné dans la question précédente: Désirez-vous travailler (oui ou non) _____, étudier ou suivre un programme de formation (oui ou non) _____ dans l'année qui vient? _____ Si oui, lequel _____

Si oui: *Quels sont vos buts professionnels (travail) ou éducationnels?* _____

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)? _____

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou services) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

BUTS DU CLIENT- RELATIONS INTERPERSONNELLES

Aimeriez-vous améliorer vos relations interpersonnelles (en général), avec ses amis, sa famille ou améliorer sa relation de couple au cours de l'année? (oui ou non)_____ Si oui : Comment pourriez-vous améliorer cette (ou ces) relation(s)? _____

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)? _____

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou service) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

BUTS SPIRITUELS/ RELIGIEUX

Avez-vous, des but(s) en ce qui concerne la spiritualité ou la religion? (oui ou non)_____Si oui, lesquels?_____

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à attendre ce(s) but(s)? _____

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou service) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

BUTS DU CLIENT - SANTÉ

A- Aimeriez-vous améliorer votre santé physique au cours de l'année? (oui ou non)_____

Si oui: Quels sont vos buts concernant votre santé physique (p.ex., chercher à résoudre un problème de santé, cesser de consommer des drogues ou de l'alcool, faire plus d'exercice) pour l'année?_____

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à attendre ce(s) but(s)? _____

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou service) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

B- Aimeriez-vous améliorer votre santé mentale au cours de l'année? (oui ou non) _____

Si oui: *Quels sont vos buts concernant votre santé mentale (p.ex., gérer ses symptômes, prendre les médicaments sans aide) pour l'année?* _____

Que possédez-vous actuellement (p.ex., habiletés, expériences passées ou ressources) pour vous aider à atteindre ce(s) but(s)? _____

De quel type d'aide (p.ex., soutien ou service) auriez-vous besoin pour atteindre ce(s) but(s)? _____

SOUTIEN POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE

À part le soutien et les services que vous avez mentionnés plus tôt, de quelles autres ressources ou de quels types d'aide auriez-vous besoin pour améliorer votre qualité de vie? _____

Les questions suivantes se rapportent aux trois derniers mois, donc depuis le mois de _____.

GESTION DE L' ARGENT

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:</i>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Reçu de l' argent/ chèque (paie, prestation d'aide sociale) directement (sans personne interposée)?	___	___	___
2. Payé comptant ou par chèque votre loyer et votre et sa nourriture?	___	___	___
3. Gardé son argent dans un endroit sécuritaire?	___	___	___
4. Gardé la plus grande partie de votre argent et résisté à l'envie de le donner?	___	___	___
5. Fait un budget et évité de faire des dépenses folles afin de ne pas manquer d'argent?	___	___	___
6. Conservé une carte d' identité valide vous permettant de changer vos chèques?	___	___	___

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer la gestion de votre argent? (Oui ou non)_____*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la gestion de votre argent?

1-----2-----3-----4
 Pas du tout un peu assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

GESTION LA SANTÉ

<i>Au cours de 3 derniers mois, avez-vous:</i>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Pris vous-même vos rendez-vous avec votre médecin, travailleur social, etc.?.....	___	___	___
2. Respecté vos rendez-vous sans que quelqu'un vous les rappelle?.....	___	___	___
3. Acheté vous-même vos médicaments (pas nécessairement avec votre argent)?... ..	___	___	___
4. Pris vous-même vos médicaments?.....	___	___	___
5. Pris soin de vous-même lorsque avez été un peu malade (p.ex., grippe)?.....	___	___	___
6. Eu en votre possession votre carte d'assurance maladie?.....	___	___	___

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer la gestion de votre santé? (Oui ou non)_____*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la gestion de votre santé?

1-----2-----3-----4
Pas du tout un peu assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

NUTRITION

<i>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous :</i>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Planifié vos repas de façon équilibrée?.....	___	___	___
2. Préparé des repas simples comme des sandwiches ou des mets congelés?.....	___	___	___
3. Utilisé un micro-ondes pour la préparation des vos repas?.....	___	___	___
4. Utilisé une cuisinière pour la préparation de vos repas?.....	___	___	___
5. Nettoyé et rangé la vaisselle et ustensiles au moins une fois tous les trois jours.....	___	___	___
6. Fait vous-même votre épicerie?.....	___	___	___
7. Fait assez de provisions pour ne pas manquer de nourriture?.....	___	___	___

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer votre nutrition et la préparation de vos repas? (Oui ou non)_____*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre nutrition et la préparation de vos repas?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

CÔTÉ PROFESSIONNEL (EMPLOI)

Posez les questions dans l'ordre, dès qu'une question est suivie d'un <<oui>>, passez à la question **8a**.

<i>Au cours de 3 derniers mois, avez-vous:</i>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Eu un emploi rémunéré dans la communauté (temps partiel ou temps plein)?.....	___	___	___
2. Eu un emploi payé dans le cadre d'un programme d'intégration à l'emploi?.....	___	___	___
3. Participé à une activité ou a un atelier de travail à l'intérieur et/ou à l'extérieur de l'hôpital.....	___	___	___
4. Eu recours à un service de réadaptation spécialisé en santé mentale pour trouver un emploi ou pour recevoir une formation?.....	___	___	___
5. Suivi ou réussi un programme de formation professionnelle? (p.ex., formation en entretien ménager, cours informatique)?.....	___	___	___
Si oui, quel programme? _____			
6. Passé une entrevue pour un emploi, une activité reliée à un emploi, un programme de formation ou un programme d'intégration à l'emploi?.....	___	___	___
7. Fait du bénévolat (temps partiel ou temps plein)?.....	___	___	___
8a. Etes-vous à l'aise à l'idée de travailler 4 heures de suite?.....	___	___	___
8b. (Si 8a est « non », posez la question, sinon cochez « oui ») Etes-vous à l'aise à l'idée de travailler 1 heure sans arrêt?.....	___	___	___
9. Avez-vous votre carte d'assurance sociale en votre possession ou en connaissez-vous le numéro? _____	___	___	___

But: *Voulez-vous, fixer comme but personnel de trouver ou de conserver un emploi (temps partiel ou plein temps)? (oui ou non)_____*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour trouver ou de conserver un emploi?

1-----2-----3-----4
 Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

TRANSPORT

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous: Oui Non Pas rép.

1. Eu en permis de conduire valide?.....___ ___ ___
2. Conduit une voiture (la vôtre ou celle de quelqu'un d'autre)?.....___ ___ ___
3. Utilisé le transport en commun sans aide (autobus, train ou métro)?.....___ ___ ___

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos habiletés concernant vos déplacements (transport en commun ou par vos propres moyens)? (oui ou non)___*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos habiletés concernant vos déplacements (transport en commun ou par vos propres moyens)?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

AMITIÉS

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous : Oui Non Pas rép.

1. Entretenu des amitiés?.....___ ___ ___
Si oui, qui et combien?_____
2. Passé du temps à parler avec vos amis?.....___ ___ ___
3. Fait des activités avec vos amis?.....___ ___ ___
- 4.a. Eu des contacts quotidiens avec vos amis?.....___ ___ ___
- 4b. (Si 4a est <<non>>, posez la question, sinon cochez <<oui>>) Eu des contacts hebdomadaires avec vos amis?.....___ ___ ___
- 4c. (Si 4b est <<non>>, posez la question, sinon cochez <<oui>>) Eu des contacts mensuels avec vos amis?.....___ ___ ___
5. Réussi à vous faire un (ou plus) nouvel(le) ami(e).....___ ___ ___

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos relations amicales ou de vous faire de nouveaux amis? (Oui ou non)_____*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos amitiés ou vous en faire de nouvelles?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

ACTIVITÉS RÉCRÉATIVES

Au cours des 3 derniers mois, avez-vous:

	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Praticé un passe-temps....._____	___	___	___
Si oui, lequel (ou lesquels)? _____			
2. Praticé une activité physique ou sportive?....._____	___	___	___
3. Joué à un jeu de société, électronique ou autres?....._____	___	___	___
4. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou a t'il assisté à un événement sportif par vous-même?....._____	___	___	___
Si oui, quoi? _____			
5. Été au cinéma, au théâtre, au centre commercial ou a avez-vous assisté à un événement sportif avec des amis?....._____	___	___	___
Si oui, quoi? _____			
6. Lu un livre, une revue ou un journal?_____	___	___	___
7. Envoyé une lettre ou un e-mail à un parent ou ami?....._____	___	___	___
8. Écouté de la musique, regardé la télévision ou navigué dans Internet?_____	___	___	___
9. Praticé une activité artistique (écriture, musique, peinture, etc.)?....._____	___	___	___

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos activités récréatives? (Oui ou non)_____*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos activités récréatives?

1-----2-----3-----4

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

HYGIÈNE PERSONNELLE

Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous :

Oui

Non

Pas rép.

1. Pris une douche ou bain au moins 3 fois au cours de la dernière semaine?.....___ ___ ___
2. Brossé ses dents tous les jours au cours de la dernière semaine?.....___ ___ ___
3. Mis des vêtements propres au moins 3 fois au cours de la dernière semaine?.....___ ___ ___
4. Pris le temps de vous raser au moins une fois au cours des 2 derniers jours
(cochez « oui » si de sexe féminin ou si le client porte une barbe propre)?.....___ ___ ___
5. Brossé ou peigné ses cheveux tous les jours au cours de la dernière semaine
(cochez « oui » si chauve)?.....___ ___ ___
6. Mis du déodorant tous les jours au cours de la dernière semaine?.....___ ___ ___

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer votre hygiène personnelle? (Oui ou non)_____*

Dans quelle mesure voulez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre hygiène personnelle?

1-----2-----3-----4

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

EFFETS PERSONNELS

Sans qu'on vous l'ait rappelé ou sans aide, avez-vous :

- | | <u>Oui</u> | <u>Non</u> | <u>Pas rép.</u> |
|---|------------|------------|-----------------|
| 1. Lavé vos vêtements au moins une fois au cours des 2 dernières semaines?..... | ___ | ___ | ___ |
| 2. Fait le ménage de votre chambre ou appartement au cours de la dernière semaine? | ___ | ___ | ___ |
| 3. Fait son lit au moins une fois au cours des 3 derniers jours?..... | ___ | ___ | ___ |
| 4. Rangé vos vêtements au moins une fois au cours des 3 derniers jours?..... | ___ | ___ | ___ |
| 5. Jeté les objets inutiles et vide la poubelle au moins une fois au cours de la dernière semaine?... | ___ | ___ | ___ |

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer la façon dont vous prenez soin de vos effets personnels? (Oui ou non)_____*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer la façon dont vous prenez soin de vos effets personnels?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

PRISE DE MÉDICATION

- | | <u>Oui</u> | <u>Non</u> | <u>Pas rép.</u> |
|--|------------|------------|-----------------|
| 1. Si votre médecin vous prescrit un médicament, le prenez-vous tel qu'on vous l'a indiqué?..... | ___ | ___ | ___ |
| 2. Au cours des derniers 3 mois, avez-vous pris vos médicaments tel qu'on vous l'avait indiqué?..... | ___ | ___ | ___ |
| 3. Croyez-vous que les médicaments vous aident?..... | ___ | ___ | ___ |
| 4. Les médicaments sont-ils une part importante de votre traitement?..... | ___ | ___ | ___ |
| 5. Devez-vous continuer à prendre vos médicaments même si vous vous sentez mieux?..... | ___ | ___ | ___ |
| 6. Quels médicaments prenez-vous?_____ (« oui » si exact)..... | ___ | ___ | ___ |
| 7. Comment vis médicaments sont-ils supposés vous aider?_____ | ___ | ___ | ___ |
| _____ (« oui » si exact)..... | ___ | ___ | ___ |
| 8. Êtes-vous satisfait des médicaments que vous prenez et de leur dosage? | ___ | ___ | ___ |

A. But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos connaissances concernant vos médicaments? (oui ou non)_____*
Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer vos connaissances concernant vos médicaments?

1-----2-----3-----4
 Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

B. But: *Voulez-vous fixer comme but personnel de prendre vous-même vos médicaments? (oui ou non)_____*
Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour prendre vous-même vos médicaments?

1-----2-----3-----4
 Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

EFFETS SECONDAIRES

Est-ce que vos médicaments vous causent des problèmes tels que:

<u>Effets</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>	<u>Effets</u>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Soif?	—	—	—	10. Tremblements?	—	—	—
2. Nervosité?	—	—	—	11. Nausée et vomissements?	—	—	—
3. Vision brouillée?	—	—	—	12. (Hommes) Impotence?	—	—	—
4. Constipation?	—	—	—	13. Bouche sèche?	—	—	—
5. Bave?	—	—	—	14. Étourdissements?	—	—	—
6. Maux de tête?	—	—	—	15. Mouvements de la mâchoire?	—	—	—
7. Fatigue?	—	—	—	16. Perte ou gain poids?	—	—	—
8. Rigidité des muscles?	—	—	—	17. Coups de soleil?	—	—	—
9. Diarrhée?	—	—	—	18. Changement d'appétit?	—	—	—

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel de prendre de diminuer les effets secondaires de vos médicaments? (oui ou non)_____*

Commentaires ou observations: _____

DROITS

J'aimerais vérifier ce que vous connaissez par rapport à vos droits.

<i>Avez-vous le droit de:</i>	<u>Oui</u>	<u>Non</u>	<u>Pas rép.</u>
1. Refuser de prendre les médicaments que votre médecin vous a prescrits?.....	___	___	___
2. Refuser de participer aux activités faisant partie de votre traitement?.....	___	___	___
3. Demander que les informations vous concernant demeurent confidentielles?.....	___	___	___
4. Réviser votre plan de traitement et de modifier les services qu vous recevez?.....	___	___	___
5. Rencontrer un représentant du comité des bénéficiaires (ou ombudsman) pour vous plaindre d'un mauvais traitement ou service?.....	___	___	___
6. Décider des but et objectifs de votre traitement?.....	___	___	___

Information d'ordre général :

- A. Êtes-vous sous tutelle ou sous curatelle?..... ___ ___ ___
- B. Vous êtes-vous déjà plaint auprès du comité des bénéficiaires (ou ombudsman)?..... ___ ___ ___
- Si oui, quel fut le résultat? _____

B. But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer vos connaissances concernant vos droits? (oui ou non)_____*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour mieux connaître vos droits?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

DIFFICULTÉS COGNITIVES

Au cours des derniers 3 mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

1. D'avoir de la difficulté à vous rappeler ce que vous deviez faire?.....
2. D'avoir de la difficulté à vous rappeler où vous aviez rangé telle ou telle chose?.....
3. D'avoir de la difficulté à vous concentrer sur une tâche plus de quelques minutes?
4. D'avoir de la difficulté à reconnaître un problème lorsque vous y étiez confronté.....
5. D'avoir de la difficulté à résoudre les problèmes auxquels vous étiez confrontés?.....
6. D'avoir de la difficulté à choisir ou à mettre en application la meilleure façon de résoudre un problème?.....

But: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'améliorer votre mémoire, son attention ou vos capacités de réflexion? (Oui ou non)_____*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour améliorer votre mémoire, votre attention ou vos capacités de réflexion?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

QUALITÉ DE VIE

J'aimerais connaître votre opinion sur votre vie et vos conditions de vie. Comment vous sentez-vous en ce concerne : **(1)=Insatisfait** **(2)=Plutôt satisfait** **(3)=Satisfait** **(4)=Très satisfait**

Commentaires

1. L'argent que vous avez?.....(1) (2) (3) (4)

2. Le plaisir que vous avez?.....(1) (2) (3) (4)

3. La sécurité quant à vos effets

personnels?.....(1) (2) (3) (4)

4. Votre sécurité personnelle?.....(1) (2) (3) (4)

5. Votre santé.....(1) (2) (3) (4)

6. Votre famille?(1) (2) (3) (4)

7. Vos amis?(1) (2) (3) (4)

8. Vos conditions de logement?.....(1) (2) (3) (4)

9. Vos habiletés?.....(1) (2) (3) (4)

10. Votre vie en général?.....(1) (2) (3) (4)

But: *Si vous pouviez changer quelque chose dans votre vie, ce serait quoi?* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour atteindre ce but?

1-----2-----3-----4

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

QUALITÉ DU TRAITEMENT

J'aimerais connaître votre opinion sur votre traitement. Comment vous sentez-vous en ce qui concerne:

(1)=Insatisfait (2)=Plutôt satisfait (3)=Satisfait (4)=Très satisfait

Commentaires

1. Les habiletés de votre psychiatre.....(1) (2) (3) (4)

2. Sa courtoisie?.....(1) (2) (3) (4)

3. Sa disponibilité?.....(1) (2) (3) (4)

4. Son écoute et son attention par rapport à vos inquiétudes?.....(1) (2) (3) (4)

5. Son explication du traitement?.....(1) (2) (3) (4)

6. Les habiletés des membres du personnel?(1) (2) (3) (4)

7. Leur courtoisie?(1) (2) (3) (4)

8. Leur disponibilité?.....(1) (2) (3) (4)

9. Leur écoute et leur attention par rapport à vos inquiétudes?.....(1) (2) (3) (4)

10. Leur explication du traitement?... (1) (2) (3) (4)

11. Votre traitement en général? ?.....(1) (2) (3) (4)

But: *Si vous pouviez changer quelque chose par rapport à votre traitement, ce serait quoi?* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou de soutien pour atteindre ce but?

1-----2-----3-----4

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

Commentaires ou observations: _____

SYMPTÔMES

Dés que le client répond <<oui>> à un énoncé, cochez <<oui>> et allez directement à la question But.

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

1. De vous sentir très effrayé, inquiet, nerveux ou anxieux?___

D'avoir du mal à vous concentrer à certaines tâches parce que vous étiez trop inquiet ou anxieux?___ Que votre nervosité ou votre anxiété vous empêche de réfléchir ou vous handicape vos activités ordinaires comme travailler, manger et dormir?.....___ ___ ___

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes? (oui ou non)*_____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

2. De vous sentir très triste, déprimé ou dépressif?___ Que vos sentiments

de tristesse ou de déprime vous empêchent de réfléchir ou vous handicapent dans vos activités ordinaires comme travailler, manger et dormir?.....___ ___ ___

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes? (oui ou non)*_____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

3. De vous sentir si découragé et au bout du rouleau que vous pesiez à vous blesser?

___ Que les choses aillent si mal que vous pensiez souvent à mettre fin à vos jours.....___ ___ ___

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes? (oui ou non)*_____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

4. De vous sentir exceptionnellement bien, au-dessus de tout, ou comme sur un nuage et cela, sans raison particulière?___ D'avoir l'impression que vos pensées se bousculent dans votre tête?___ Que vous avez besoin de moins de sommeil ou que vous parliez plus rapidement que d'habitude?.....___ ___ ___.

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes?* (oui ou non)_____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

5. D'entendre ou de voir des choses faisant référence à vous à la télévision, à la radio ou dans les journaux?___ D'avoir l'impression que les événements ou les choses avaient un sens particulier pour vous non reconnu par les autres?___ Que des gens vous voulaient du mal?___ Que quelqu'un mettait des pensées dans votre tête?___ D'avoir des délires ou troubles de la pensée?______ ___ ___.

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes?* (oui ou non)_____

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép.

6. De voir, d'entendre ou de sentir des choses que personne d'autre n'avait vues, senties ou entendues?___ Si oui, quoi?_____ De voir des choses inhabituelles comme in fantôme ou un esprit?___ D'entendre quelqu'un vous parler alors que cette personne n'était pas présente?___ Que ces phénomènes se produisent seulement avant que vous vous endormiez?___ D'avoir des hallucinations?.....___ ___ ___.

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel d'apprendre à gérer ces symptômes?* (oui ou non)_____

Oui Non Pas rép.

7. Pouvez-vous sentir quand vos problèmes psychologiques sont sur le point de s'aggraver ou de s'intensifier?___ Y a t-il des changements dans votre pensée ou des sensations qui vous préviennent que vos symptômes vont s'accroître?___ Y a t'il un ou des signes qui vous avertissent que vos symptômes peuvent s'aggraver et rendre vos activités régulières difficiles?______ ___ ___.

Si oui, quels sont ces signes? _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but personnel but de reconnaître et d'utiliser ces signes afin d'éviter que vos symptômes s'aggravent?*
(oui ou non) _____

Commentaires ou observations: _____

COMPORTEMENTS DANS LA COLLECTIVITÉ

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

1. De consommer de la drogue?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser de consommer de la drogue? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser de consommer de la drogue?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

2. De consommer de l'alcool au point d'être saoul au moins une fois par mois?..... _____

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser ou de contrôler votre consommation d'alcool? (Oui ou non)* _____

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser ou contrôler votre consommation d'alcool?

1-----2-----3-----4
Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

3. De blesser quelqu'un en le frappant, en l'égratignant, en lui donnant des

pour cesser ces actes?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

7. De fumer (cigarette, cigare, ou pipe) de manière irresponsable (p.ex., au lit)?.....

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de fumer de manière responsable? (Oui ou non)*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour fumer de manière responsable?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

8. De voler des objets, vêtements, cigarettes ou argent?.....

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser de voler? (Oui ou non)*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser de voler?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

9. De détruire ou d'endommager la propriété d'autrui?.....

But: Si oui: *Voulez-vous fixer comme but de cesser ces comportements? (Oui ou non)*

Dans quelle mesure auriez-vous besoin d'aide ou soutien pour cesser ces comportements?

1-----2-----3-----4

Pas du tout Un peu Assez Beaucoup

Au cours des 3 derniers mois, vous est-il arrivé: Oui Non Pas rép

